

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 73

CONTRIBUTION A L'ETUDE
des
**Sténoses Vaginales consécutives
à la Curiethérapie en particulier
pour cancer du col**

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Juillet 1935

PAR

GOULAM DOSSA

Né le 18 Mars 1906, à Port-Louis (Ile Maurice)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MASSABUAU, prof. <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		LAMARQUE, professeur.		
		GUIBAL, agrégé.		
		ROUX, agrégé.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CAUSSE, GRAILLE ET CASTELNAU

7, rue Dom-Vaissette, 7

1935

**CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES
STÉNOSES VAGINALES CONSÉCUTIVES
A LA CURIETHÉRAPIE EN PARTICULIER
POUR CANCER DU COL**

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 73

CONTRIBUTION A L'ETUDE
des
**Sténoses Vaginales consécutives
à la Curiethérapie en particulier
pour cancer du col**

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Juillet 1935

PAR

GOULAM DOSSA

Né le 18 Mars 1906, à Port-Louis (Ile Maurice)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MASSABUAU, prof. <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		LAMARQUE, professeur.		
		GUIBAL, agrégé.		
		ROUX, agrégé.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CAUSSE, GRAILLE ET CASTELNAU

7, rue Dom-Vaissette, 7

1935

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

PROFESSEURS

Anatomie	MM. J. DELMAS.
Histologie	TURCHINI.
Physiologie	L. HEDON.
Chimie biologique et médicale	CRISTOL.
Physique médicale	PECH.
Anatomie pathologique	GRYNFELT.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH.
Hygiène	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	GIRAUD.
Clinique médicale	RIMBAUD.
	VIRES, assess.
Clinique chirurgicale	MASSABUAU.
	RICHE.
Clinique obstétricale	P. DELMAS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE, doyen.
Clinique des maladies des enfants et hygiène du premier âge	LEENHARDT.
Clinique de dermatosyphiligraphie	MARGAROT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.
Clinique gynécologique	LAPEYRE.
Clinique ophtalmologique	VILLARD.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	TERRACOL.
Matière médicale (ch. de c.)	CABANNES.
Radiologie (ch. de c.)	LAMARQUE.
Anatomie (ch. de c.)	LAUX.
Histologie (ch. de c.)	GRANEL.

HONORARIAT

Doyen honoraire: M. MAIRET

Professeurs honoraires:

MM. RODET, TEDENAT, MAIRET, VALLOIS, FORGUE, ESTOR,
BERTIN-SANS et GALAVIELLE.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Pathologie expérimentale	MM. PAGES.
Pathologie externe	AIMES.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, ag. I.
Accouchements	COLL de CARRERA.
Clinique phthisiologique	GAUSSEL, prof.
Clinique propédeutique médicale	BOULET.
Clinique des maladies contagieuses	JANBON.
Stomatologie	D ^r WATON.

AGREGES EN EXERCICE

Médecine	MM. BOULET.	Chirurgie	MM. AIMES.
	PAGES.		MOURGUE-MOLINES.
	JANBON.		GUIBAL.
	BAUMEL.		ROUX.
	VIDAL.	Obstétrique	COLL DE CARRERA.
		Bactériologie	CARRERE.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. MASSABUAU, prof, prés.	MM. GUIBAL, agrégé.
LAMARQUE, professeur.	ROUX, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PERE

*En témoignage de ma reconnaissance et
de ma profonde affection.*

A MES BEAUX-PARENTS

*Que leur vie faite de dévouement et de
sacrifices, trouve ici l'expression de mon
infinie reconnaissance et de ma chère
affection.*

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A TOUS MES PARENTS

G. D.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSABUAU

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui a bien voulu nous donner le sujet de
notre thèse et qui nous fait le grand hon-
neur de la présider aujourd'hui.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'expres-
sion de notre respectueuse gratitude.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAMARQUE

CHARGÉ DU COURS DE RADIOLOGIE

CHEF DU SERVICE DU CENTRE ANTI-CANCÉREUX

*Qui nous a toujours accueilli avec bonté
et nous a fait bénéficier de ses précieux
conseils.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE GUIBAL

MÉDAILLÉ MILITAIRE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

*Nous voulons, mon cher Maître, vous
témoigner aujourd'hui notre profonde re-
connaissance pour votre constante bien-
veillance à notre égard.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE ROUX

CHIRURGIEN ADJOINT AU CENTRE ANTI-CANCÉREUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

A MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE MONTPELLIER

G. D.

Contribution à l'étude des sténoses vaginales consécutives à la curiethérapie en particulier pour cancer du col

INTRODUCTION

Parmi les causes de sténose des voies génitales basses de la femme, le radium est le dernier venu. Dans sa thèse, pourtant si complète, sur *Les Rétrécissements du vagin* (Paris, 1920), Macquart ne le signale même pas. Mais son utilisation de plus en plus large devait bientôt faire connaître, à côté de ses bienfaits, les ennuis dont il est responsable.

En 1923, à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, il est question, à plusieurs reprises, des dystocies dues au radium.

Arme à double tranchant, le radium est utilisé par Mouchotte et Condamin (1924) pour traiter les pyométries. Mais il est accusé, dès 1928, d'être lui-même la cause de pyométries. A côté des pyométries dues au cancer du col, bien connues en particulier par les travaux de l'Ecole montpelliéraine (article de de Rouville dans le *Montpellier Médical*, 1909, thèse de Joinaux, 1914) viennent se juxtaposer les pyométries secondaires à la curiethérapie de ces mêmes cancers du col.

Nous nous proposons, dans cette étude, de suivre les modifications anatomiques qui résultent d'une applica-

tion de radium au niveau du col utérin et du vagin. Nous en verrons les conséquences habituellement bénignes et les complications éventuelles lorsque une sténose anormale s'oppose à l'évacuation du contenu de la cavité utérine, qu'il s'agisse de sang, de pus ou d'un fœtus. Les mesures à prendre pour les éviter feront l'objet de notre dernier chapitre

CHAPITRE I

LES MODALITES

DE LA CURIETHERAPIE UTERO-VAGINALE

Une application de radium au niveau du col utérin peut être indiquée dans les trois cas suivants:

1° *Métrorragies essentielles;*

2° *Fibromes;*

3° *Cancer.*

Il n'est pas dans nos intentions de discuter les avantages et les inconvénients, les indications et contre-indications de la curiethérapie, mais simplement de rappeler dans quelles conditions se font les applications de radium, de façon à suivre, d'une manière plus rationnelle, les transformations anatomiques des organes.

Il serait intéressant de noter pas à pas l'évolution des techniques car, dans certains cas que nous relatons, sont utilisés des modes d'applications qui n'ont plus cours aujourd'hui.

1° MÉTRORRAGIES ESSENTIELLES

Ce but est double: agir sur la muqueuse utérine en la détruisant à la manière d'un curettage; — agir sur les ovaires qui sont le plus souvent à l'origine de ces

hémorragies. Tantôt on se propose, en donnant une forte dose, de stériliser définitivement; d'autres fois, on s'efforce, par une dose plus faible, de provoquer seulement une aménorrhée temporaire.

Disons tout de suite combien cette méthode est pleine d'aléas; il est impossible de déterminer avec précision cette dose d'aménorrhée temporaire; et lorsque on l'a obtenue et que, par conséquent, une grossesse est devenue possible, certains faits nous font craindre des malformations fœtales, sans préjudice des complications dystociques possibles.

Alors qu'aux environs de la ménopause la curiethérapie des métrorragies essentielles par le radium est une méthode de choix par laquelle on hâte l'apparition de l'aménorrhée définitive, par contre, chez la femme jeune son application est toujours délicate et ses indications la placent à peine avant l'hystérectomie pour arrêter des hémorragies rebelles à tout traitement.

Quoiqu'il en soit, l'application sera essentiellement intra-utérine. Certains auteurs préconisent la mise en place de tubes dans les culs-de-sac pour atteindre plus facilement l'ovaire. Le rayonnement est toujours très filtré dans ce dernier cas (au moins 2 mm. de platine); un rayonnement plus mou (1 mm. de platine) peut être employé dans la cavité utérine.

Selon le but recherché, la durée et la dose diffèrent; c'est ainsi que pour une ménopause définitive certaine il faut un minimum de 20 mmgr. de radium élément pendant cinq à six jours dans la cavité utérine. Une dose de 10 mmgr. pendant 24 heures respectera le plus souvent la menstruation, mais c'est là un cas d'espèce.

2° LES FIBROMES

La majorité des physiothérapeutes préfèrent la radiothérapie pour traiter les fibromes : action plus large sur les ovaires souvent éloignés de la cavité utérine ; déformation de la cavité utérine et difficulté de cathétérisme ; manœuvres intra-utérines non dépourvues de danger. Cependant, les petits utérus fibromateux, réguliers, peuvent bénéficier du radium qui a une action plus directe dans le cas de noyau sous-muqueux.

Ici aussi, application intra-utérine. Les tubes sont mis bout à bout dans une sonde de caoutchouc et doivent garnir toute la cavité utérine.

Application : de deux à cinq jours.

3° LES CANCERS

Mais le plus souvent, lorsqu'on applique du radium dans les voies génitales, c'est pour s'attaquer au cancer et plus particulièrement au cancer du col. Dans la plupart des cas que nous relaterons, il s'agit de cancer ; c'est donc lui que nous aurons surtout en vue. Après des divergences d'école, les techniques d'application se sont uniformisées et les publications récentes de l'Institut de Radium de Paris (Regaud et Lacassagne), du Centre de Villejuif (Roussy et Mme Laborde), des divers C.A.C. de France, dérivent des techniques voisines de celle qui est utilisée à la Clinique Curie de Montpellier.

a) *Préparation très soignée*

Comprenant des injections bi-quotidiennes aux valves, l'emploi de vaccins ou de médicaments chimiques antiinfectieux. Lorsque la température ne se régularise pas suffisamment, on fait précéder la curiethérapie de quelques séances de radiothérapie profonde, sans toutefois les prolonger au-delà d'une dizaine de jours, pour éviter une sténose cicatricielle du col qui pourrait en gêner le cathétérisme.

Les bourgeons trop exubérants sont souvent abrasés à la curette.

b) *Curiethérapie proprement dite*

Les tubes utilisés ont une teneur moyenne de 10 mmgr. radium élément; ils sont à double paroi or et platine, dont l'épaisseur équivaut, comme filtration, à 2 mm. de platine. Ils sont, en outre, glissés dans un tube de caoutchouc amétal.

Une application typique est à la fois utérine et vaginale.

Le col est dilaté aux bougies de Hégar et une sonde, contenant de 1 à 3 tubes, bout à bout, est enfoncée jusqu'au fond de la cavité utérine. Cette irradiation de la totalité de la cavité utérine est non seulement une des conditions les plus importantes de succès, mais nous verrons que c'est un des meilleurs moyens d'éviter les pyomètres tardifs.

Deux tubes de 10 mmgr. sont ajoutés dans les culs-de-sac. Ils sont entourés de gaze imbibée d'huile goméno-

lée. Le tout est maintenu en place par un tamponnement vaginal serré.

Souvent, le cathétérisme du col est impossible; ce sont alors les conditions anatomiques qui forcent la main; tantôt l'application est uniquement vaginale, tantôt plusieurs tubes sont disposés côte à côte, dans une vaste cavité qui remplace le col.

Les pansements sont faits quotidiennement; les tubes enlevés, nettoyés, désinfectés par ébullition. Une injection vaginale est donnée sous pression.

La durée d'application dépend du nombre de tubes utilisés; la dose que l'on recherche est de l'ordre de 50 millicuries détruits.

Dans les formes bourgeonnantes, il peut être indiqué d'utiliser des aiguilles implantées en plein tissu cervical et de filtration moins importante (0,5 mm. de platine seulement).

c) Soins consécutifs

Lavages quotidiens aux valves. Des séances de radiothérapie irradiant largement les paramètres complètent l'action souvent trop locale du radium.

Quoi qu'il en soit, de ces détails, plusieurs points sont à souligner :

- l'emploi d'un rayonnement très filtré;
 - l'irradiation étendue à toute la cavité utérine;
 - l'irradiation vaginale est réduite au minimum.
-

CHAPITRE II

EVOLUTION DE L'UTERUS ET DU VAGIN APRES CURIETHERAPIE

Elle est différente suivant la quantité de radium, sa filtration, la durée d'application, la répartition des éléments radifères, l'étendue des lésions. Nous étudierons ces divers facteurs séparément dans le chapitre de la pathogénie des sténoses. Voyons ici, d'une manière plus générale, les modifications qui suivent l'application de radium dans deux cas pris pour types :

1^o APPLICATION LÉGÈRE UNIQUEMENT INTRA-UTÉRINE POUR MÉTRORRAGIES ESSENTIELLES

a) *Le Vagin*

Il ne subit aucune modification, garde son épithélium intact, reste souple et parfaitement perméable.

b) *L'Utérus*

Le maximum de lésions siège au niveau de la muqueuse ; les cellules les plus superficielles sont frappées de mort, les premières couches tombent ; c'est, en

somme, un phénomène analogue à celui de la menstruation, épargnant suffisamment les replis de la muqueuse pour que la régénération de celle-ci soit possible. Cependant, pour une application plus poussée, la destruction pourra être plus complète, les parties superficielles de la musculieuse sont elles-mêmes lésées. Dès ce moment, on peut craindre que le processus de cicatrisation ne soit une cause de sténose. Mais, le plus souvent, la régénération sera complète.

c) *L'Ovaire*

Malgré la distance assez grande qui le sépare du point de départ des radiations, sa sensibilité le rend particulièrement vulnérable. Parmi les follicules, ce sont ceux qui sont les plus évolués qui sont les plus fragiles; toutefois, ceux qui répondent aux prochaines ovulations peuvent terminer leur évolution. Suivant les cas, nous aurons, par conséquent: une aménorrhée temporaire immédiate; une aménorrhée temporaire, mais après un ou deux écoulements menstruels, une aménorrhée définitive.

2° APPLICATION INTENSE POUR CANCER DU COL

Envisageons uniquement un cas type, relativement peu avancé, dans lequel la lésion reste cervicale.

Deux faits nouveaux:

Selon le principe fondamental de toute curiethérapie des cancers, la dose choisie est la plus forte possible compatible avec la réparation des tissus sains; donc, très forte dose;

Il y a une ulcération, une infiltration des tissus musculaires par le néoplasme; lorsque celui-ci aura disparu à sa place existera seulement du tissu cicatriciel.

L'application comporte des tubes intra-utérins et nous supposons qu'il a été possible d'atteindre le fond de l'utérus; il y a eu ainsi des tubes dans les culs-de-sac.

a) *Le Vagin*

C'est uniquement les culs-de-sac qui sont le siège de modifications de quelque importance; parfois la muqueuse devient très rouge, secrète abondamment, est sensible au toucher, premier degré de radiomucite; d'autres fois, les couches superficielles sont détruites et une ulcération superficielle apparaît. Il est de règle de trouver plus tard des culs-de-sac effacés, autant par une rétraction qui leur est propre que par la diminution de volume du col qui ne fait plus saillie dans la cavité vaginale. Quelques télangiectasies apparaissent à la surface et la muqueuse reste souvent fragile, saignant facilement au toucher (ce qu'il faut éviter de prendre pour un signe de récurrence).

b) *Le col utérin*

Il est d'autant plus atrophié que les lésions néoplasiques sont plus avancées; dans un cas n° I, avec petite ulcération superficielle, on peut espérer un retour complet à la normale; au contraire, lorsque tout le corps est envahi, après guérison, il ne reste qu'un tout petit moi-

gnon dur et rétracté. L'orifice cervical est plus ou moins rétréci; nous le verrons tout à l'heure.

c) *L'Utérus*

« On dirait des hystérectomisées », disait Leriche, en examinant des femmes traitées par le radium. Effectivement, ici ce n'est pas seulement la muqueuse qui est atteinte, mais toute la paroi utérine; le tissu musculaire dégénère; il est remplacé en grande partie par du tissu uniquement fibreux. A côté de l'action directe du radium existe aussi la suppression de l'activité ovarienne et c'est à une véritable involution sénile que nous assistons.

d) *L'Ovaire*

Surtout depuis l'adjonction systématique de la radiothérapie, on obtient à coup sûr la stérilisation complète et définitive. Les ovaires, que des dispositions anatomiques éloigneraient des foyers radifères, sont atteints par les larges champs d'irradiation X pénétrante.

CHAPITRE III

ETUDE ANATOMIQUE DES STENOSES CERVICO-VAGINALES

Nous venons de voir qu'après curithérapie typique de cas peu avancé, la perméabilité vaginale reste complète et que le calibre du canal cervical dépend surtout de l'étendue des lésions. Mais lorsque ces dernières sont trop avancées, imposant des conditions anormales de traitement, nous aurons des sténoses et ce sont elles que nous voulons maintenant étudier.

1° STÉNOSES VAGINALES

Leur siège est très variable ; comme le point de départ de la tumeur est le col et que l'on s'efforce de réduire au minimum l'application vaginale, elles seront surtout hautes. Elles peuvent revêtir trois types :

a) *Les sténoses par bride*

Le vagin, dans son ensemble, conserve sa souplesse, sa perméabilité, mais en un point le doigt sent un res-saut ; au speculum, le vagin montre une espèce de dia-phragme. Le plus souvent, la lumière vaginale n'est pas complètement obstruée mais l'exploration du col est très gênée,

b) *Les sténoses en entonnoir*

A partir de l'orifice vulvaire, et jusqu'au museau de tanche, le vagin se rétrécit progressivement; ses parois sont rigides; il existe une véritable sclérodermie de la paroi vaginale. Le doigt ne peut aller jusqu'au fond du vagin. Au speculum, qui doit souvent être un speculum de vierge, on aperçoit au fond de l'entonnoir fibreux un petit pertuis que rarement on parvient à cathétériser.

c) *La soudure des parois*

Dans ce cas, les premiers centimètres du vagin sont normaux mais, brusquement, le doigt heurte un obstacle. Au speculum on aperçoit une rainure transversale, suivant laquelle les parois antérieures et postérieures sont accolées. Dans les premiers temps, après curiethérapie, on peut facilement au doigt forcer le barrage mais au bout de quelques semaines des tractus fibreux s'étendent d'une paroi à l'autre. La soudure est définitive.

Dans ce dernier cas, les lésions anatomiques ont uniquement porté sur la muqueuse; les surfaces désépidermisées, maintenues accolées, se sont soudées.

Dans les deux premiers, au contraire, la lésion essentielle porte sur la paroi fibro-musculaire: dégénérescence des fibres musculaires remplacées par des fibres collagènes. D'ailleurs, la muqueuse, ici aussi, garde quelques traces de l'action du radium: télangiectasies, rappelant celles de la couperose, atrophie de la muqueuse, fragilité de ses couches superficielles.

2° STÉNOSES CERVICALES

Après curiethérapie pour cancer, il existe, d'une façon à peu près constante, un certain degré de retrécissement de l'orifice cervical. Parfois on éprouve quelques difficultés à former un peu une dilatation aux bougies de Hégar; parfois, on ne peut même pas introduire un hystéromètre. Dans bien des cas, d'ailleurs, l'étendue du cancer était telle qu'après guérison on ne retrouve rien qui ressemble à un col; le vagin présente dans son fond des bourgeons fibreux et c'est en vain que l'on cherche trace de l'orifice cervical.

La structure histologique est la suivante:

L'épithélium malpighien du museau de tanche est atrophié; les papilles moins longues;

Mais surtout les fibres musculaires ont disparu, remplacées par des fibres collagènes; en certains points, cette sclérose collagène est uniquement périvasculaire; en d'autres, elle est massive, envahissant toute l'épaisseur de la paroi. Les vaisseaux sont rares et de petit calibre.

Parfois, cette transformation fibreuse n'atteint qu'une partie du pourtour cervical, une partie assez grande du museau de tanche conservant sa structure musculaire et ses propriétés élastiques. C'est ce qui nous expliquera la possibilité d'accouchements spontanés après curiethérapie.

CHAPITRE IV

CONDITIONS D'APPARITION DES STÉNOSES CERVICO-VAGINALES

C'est presque toujours à la suite de traitement de cancers du col que l'on a vu apparaître des sténoses cervico-vaginales; c'est dans ces cas, en effet, que les applications sont les plus intenses et que les lésions antérieures des tissus constituent une grande prédisposition. Cependant, Guyol et Jeanneney ont vu une malade qui présentait une hématométrie; Vignes et Cornil en ont soigné une autre pour dystocie par sténose cervicale; ces deux malades avaient été soignées pour fibrome.

La sténose se constitue par un *triple mécanisme*:

a) Le remplacement du tissu cancéreux par un tissu cicatriciel fibreux. Partout où il y avait cancer se trouve une cicatrice et celle-ci ne peut avoir les propriétés électives du tissu musculaire que le cancer a détruit. Disons toutefois que parmi les tissus cicatriciels il n'en est pas de plus souple et de moins rétractile que celui qui suit une application de radium bien faite.

b) La destruction du tissu musculo-élastique. Ici, il y a faute de technique car un rayonnement bien filtré, bien dosé, bien réparti, doit respecter les éléments conjonctifs sains, barrière à l'extension du cancer, source de réparation.

c) L'accolement des plans muqueux désépidermisés. Même après une application bien faite, si elle a été énergique, les couches superficielles des parois vaginales peuvent être détruites. Si on les laisse au contact, il y a de grandes chances pour qu'elles s'accolent.

Les conditions étiologiques qui sont la source des sténoses cervico-vaginales sont les suivantes :

a) *Etendue des lésions :*

Contre elle, nous ne pouvons rien ; si le col utérin est complètement détruit, aucune thérapeutique ne peut le restaurer ; — si le cancer a envahi les parois du vagin, nous serons bien obligés de faire une application vaginale intense.

b) *Faute de technique :*

Mais on peut voir des lésions peu avancées suivies de sténoses très serrées ; ou encore des sténoses après traitement de métrorragies essentielles, dans lesquelles le col utérin était normal. C'est qu'il y a faute de technique : application trop massive en un temps trop court, foyers radifères mal répartis, rayonnement insuffisamment filtré. C'est là la grande cause : avec une filtration faible, le radium agit comme un caustique ; les tissus les plus proches reçoivent des doses massives et sont détruits sans aucune électivité. Le principal bénéfice du radium (action cytoléthale élective) est perdu.

Enfin, après le traitement il faut :

1° Eviter l'accolement des parois vaginales désépidermisées ;

2° Dans le cas de lésions non néoplasiques, lorsqu'on n'est pas certain d'avoir une aménorrhée définitive, il faut, par des dilatations du col, réparties sur plusieurs mois, s'assurer de la perméabilité du canal cervical.

Nous reverrons ces divers points en parlant de la thérapeutique préventive.

CHAPITRE V

COMPLICATIONS

DES STENOSES CERVICO-VAGINALES

Les sténoses cervicales, après curiethérapie pour cancer, sont extrêmement fréquentes, mais on en parle très peu. C'est qu'en général elles n'ont aucune conséquence. Si le cancer est guéri, les ovaires ont perdu leur fonction, l'utérus est réduit à un moignon fibreux, dans lequel ne se fait aucune sécrétion. Si le cancer récidive, la barrière fibreuse jeune n'est pas encore bien solide et il a tôt fait de la rompre. En cas de récidive plus tardive, l'extension se fait dans les paramètres et le cancer ouvert est transformé en cancer fermé. C'est là une circonstance heureuse pour Regaud qui écrit :

« Les patientes chez lesquelles on n'a pas obtenu la
» suppression du processus cancéreux dans le col et le
» fond du vagin tirent de l'oblitération de ce conduit
» un bénéfice certain : parce que cette séquelle retarde
» l'ouverture à l'extérieur d'un cancer récidivé et par
» conséquent ajourne certaines complications terminales de la maladie.

» La curiethérapie intra-vaginale, aux doses ordinaires, remment usitées contre le cancer est suivie, très souvent, de soudure de l'orifice cervico-utérin. Cette séquelle doit être considérée comme favorable, parce

» qu'elle constitue une barrière contre l'infection éventuelle, celle-ci étant susceptible de déclencher une radionécrose de la muqueuse utérine et des complications péri-utérines.

» L'atrésie utérine doit donc être respectée ».

Il n'en est pas malheureusement toujours ainsi et, dans trois cas, la sténose cervico-vaginale peut devenir une source de complications souvent très graves :

a) C'est lorsque la fonction ovarienne a été respectée et qu'elle gêne l'écoulement du sang menstruel (hématométrie) ;

b) C'est lorsque une grossesse antérieure ou postérieure à l'application de radium s'est développée et la sténose devient une cause de dystocie ;

c) C'est enfin lorsque, pour une raison ou une autre, des sécrétions purulentes s'accumulent dans la cavité utérine, ne pouvant trouver issue au dehors (pyométrie).

I. — HÉMATOMÉTRIE

C'est là une éventualité très rare, qui ne nous retiendra guère. C'est dans le traitement des affections non cancéreuses que l'on cherche parfois à respecter la fonction ovarienne et que les règles peuvent apparaître. Mais si les sténoses cervicales peuvent exister, elles ne sont jamais complètes ; obstacle important, comme nous le verrons, pour le passage d'un fœtus, elles laissent facilement s'écouler le flux menstruel.

Le cas rapporté par Proust, Parat et Palmer est du même ordre :

« Il s'agissait d'une malade traitée, cinq ans auparavant, par le radium, pour épithélioma du col. Le résultat était excellent, mais il existait un gros utérus et on intervient, pensant trouver un fibrome. En réalité, il s'agissait d'un hématomètre, sans aucune récurrence de la tumeur. Mais sur l'ovaire on trouve un corps jaune en évolution, d'où première hypothèse: l'ovaire a refonctionné et les règles se sont accumulées dans la cavité utérine. Mais un examen plus approfondi décèle à peu de distance du corps jaune une prolifération végétante et intra-kystique de l'épithélium germinatif. C'e devait être cette néoformation ovarienne bénigne qui était à l'origine d'hémorragies utérines, le sang s'accumulant dans l'utérus sténosé.

II. — DYSTOCIE PAR STÉNOSE POST-CURIETHÉRAPIQUE

Deux cas peuvent se présenter:

Ou bien la grossesse est antérieure à l'application de radium; il s'agit en général de femmes enceintes de 3 à 4 mois, à l'examen desquelles on a découvert un épithélioma du col utérin;

Ou bien ce sont des malades traitées antérieurement pour affection bénigne. L'irradiation a conservé la fonction ovarienne, la fécondation a été possible mais le col est sténosé.

Dans l'une et l'autre de ces deux éventualités, nous ne considérons que les complications tenant à l'obstacle cervical, faisant abstraction des interruptions de grossesse et des malformations fœtales que l'on a pu imputer à l'irradiation antineuse.

Tantôt, en face de la sténose, on est intervenu avant le travail, tantôt on a laissé la grossesse évoluer, soit délibérément, soit le plus souvent parce que la parturiente ne s'est présentée qu'une fois le travail commencé.

A) *On est intervenu avant le travail*

C'est la conduite à tenir classique chez une femme enceinte, présentant un épithélioma du col traité ou non par le radium. L'accouchement se présente, en effet, plein de dangers : la dilatation du col est problématique, une déchirure du col est à craindre, peut-être même une rupture utérine. Certains auteurs préconisent la césarienne, suivie immédiatement d'hystérectomie totale, si celle-ci est possible ; Couvelaire préfère l'hystérectomie supra-vaginale haute, le cancer étant traité secondairement. Lorsqu'on a reconnu le cancer au cours de la grossesse, il est indiqué de le traiter par le radium dès ce moment plutôt que de pratiquer l'hystérectomie d'emblée, comme on le préconisait autrefois.

Voici un cas de Siredey et Couvelaire où cette conduite a été tenue :

« Il s'agissait d'une femme enceinte de deux mois, présentant un épithélioma du col. Siredey la soigne par le radium : le résultat est excellent mais un avortement survient. Deux ans après, nouvelle grossesse. Couvelaire l'évacue à terme et trouve « un col utérin représenté par une petite saillie dure avec orifice punctiforme. La partie sus-vaginale du col et le segment inférieur du col étaient souples et minces. Une bride

» vaginale existait dans le cul-de-sac postérieur. En raison de ces modifications du col, permettant de redouter des anomalies de la dilatation, en raison d'une rupture prématurée des membranes », on se décide pour une césarienne conservatrice ».

B) On a laissé la grossesse suivre son cours

Tantôt le col contenait une assez grande partie de tissus sains pour se laisser suffisamment dilater, tantôt la sclérose était telle que la dilatation fut impossible et qu'il fallut intervenir. Nous allons rapporter des exemples de ces deux cas.

1° Cas présentant de la dystocie:

a) Metzger et Legueu rapportent l'histoire d'une femme enceinte de trois mois, qu'ils traitèrent par le radium, pour épithélioma du col, s'étendant à la lèvre postérieure et au cul-de-sac gauche: application intratumorale et vaginale.

Deux mois après, « amélioration invraisemblable, le col est normal, à peine irrégulier ».

La malade est revue en travail; les membranes sont rompues depuis la veille, dilatation entre deux et cinq francs; « le col est effacé, mais au toucher on sent que les bords manquent de souplesse, il y a comme une bague et au-dessus on note un certain degré d'œdème ».

La dilatation ne progressant plus, et le fœtus manifestant quelques signes de souffrance, on pratique une incision sur la ligne médiane et la lèvre antérieure du col. « Tissu dur, résistant, blanchâtre, comme un tissu

fibreux de cicatrice ». Extraction au forceps d'un enfant étonné, facilement ranimé. Suites normales, mais un an après le néoplasme récidivait.

b) La dystocie peut être plus grave, comme dans le cas suivant, de Vignes et Cornil :

Une jeune femme de 19 ans est traitée par une application intracervicale de radium, pour de soi-disants petits noyaux fibromateux, auxquels on attribuait des métrorragies durant depuis vingt jours, après un retard de règle d'une dizaine de jours. Tout entre dans l'ordre et les mois suivants il est pratiqué des dilatations du col par bougies de Hégar. Deux ans après, grossesse. Au cinquième mois, la malade entre en travail.

« Le col a un orifice punctiforme, entouré par un bourrelet dur, lequel se prolonge par une zone anormalement dure, du segment inférieur et de la base du ligament large ».

Trois incisions permettent d'obtenir une dilatation de un franc mais celle-ci ne progresse plus, malgré les douleurs. On pratique une cranioclastie et le fœtus est extrait par voie basse.

2° Cas évoluant sans dystocie :

a) Belle traite une femme enceinte de quatre mois, pour épithélioma du col : 40 millicuries détruits dans quatre tubes de 10 mmgr., placés côte à côte en avant du col. L'accouchement se fait à terme, tout à fait normalement.

b) Cette deuxième observation est inédite. Nous la devons à MM. les Professeurs Lamarque et Roux, qui ont bien voulu nous permettre de l'utiliser :

Mme F..., épouse V..., n° 29139, entre au C.A.C. de Montpellier en juillet 1929, pour des métrorragies existant depuis plusieurs mois.

L'examen clinique montre une tumeur en chou-fleur du col utérin. Une biopsie pratiquée est examinée par M. le Docteur Guibert, qui répond: « il s'agit d'un épithélioma malpighien baso-cellulaire typique. La stroma réaction est peu apparente, étant donné la densité de la prolifération cancéreuse ».

Le traitement par le radium a consisté en un aiguillage du col: 6 aiguilles de 1 mgr. radium-élément, filtrées sur 1 mm. de platine, sont laissées en place pendant cinq jours. En même temps, deux tubes de 10 mgr. radium-élément, filtrés sur deux mm. de platine, sont placés dans les culs-de-sac et laissés en place dix jours; un troisième tube, de 10 mgr. également, leur a été ajouté en avant du col, pendant trois jours après l'enlèvement des aiguilles.

La malade est revue le 7 novembre de la même année. La tumeur du col a complètement disparu. La cicatrice est souple et parfaite, mais la malade est enceinte de cinq mois et demi. Elle était donc enceinte d'environ un mois lorsque l'application de radium a été faite. La grossesse évoluant normalement, on décide de la laisser suivre son cours, la malade devant entrer deux mois plus tard en surveillance à la Maternité de Montpellier. Or, le 10 janvier 1930, alors que la malade se disposait à venir à Montpellier, elle est prise de douleurs et n'a que le temps de se rendre à la Maternité de Narbonne, plus proche. Le lendemain, elle accouchait normalement d'un enfant, bien constitué, de 2 kg. 500. Les suites furent parfaites. Malheureusement, en avril 1930, se

produit une récédive locale et, malgré un nouveau traitement par le radium, la malade décédait chez elle, le 13 novembre 1931. La malade est apyrétique, la température vespérale ne dépassant jamais 37°6.

Ces deux dernières observations nous montrent donc que la dystocie n'est pas fatale après curiethérapie du cancer du col; il suffit qu'une partie, même réduite, du museau de tanche soit indemne pour que la dilatation se fasse d'une façon suffisante ou presque, comme dans l'observation de Metzger et Legueu.

En présence d'une grossesse chez une malade atteinte de sténose cicatricielle du col après curiethérapie, il convient de pratiquer un examen minutieux du col. Si celui-ci est induré dans tout son pourtour, il est formellement indiqué de ne pas laisser la malade courir les risques d'un accouchement spontané. Il faut pratiquer une césarienne à l'approche du terme. Si, au contraire, le col est souple dans son ensemble; si la cicatrice n'occupe qu'une partie réduite de son pourtour on pourra espérer une dilatation suffisante et la compléter, s'il le faut, au moment opportun, par une incision cervicale.

III. — PYOMÉTRIE PAR STÉNOSE CERVICO-VAGINALE

Nous illustrerons cette partie de notre travail par l'observation suivante, que M. le Professeur Massabau nous a permis de recueillir dans son service:

Mme B..., âgée de 64 ans, Vve V..., entre à la salle Dubreuil, le 10 décembre 1934, pour tumeur utérine. Cinq ans auparavant, cette malade, sans antécédents pathologiques, avait été soignée à la clinique Curie.

Ménopausée depuis dix ans, elle présentait à ce moment (déc. 1929) des pertes blanches, parfois rosées, ayant commencé quatre mois auparavant. Le toucher vaginal montrait un col dur, présentant des bosselures inégales sur sa lèvre antérieure et une ulcération ayant détruit en partie la lèvre postérieure. L'orifice cervical est irrégulier et agrandi. Les culs-de-sac sont libres. La mobilité utérine partiellement conservée, mais les paramètres sont empâtés.

L'examen histologique d'un prélèvement indique la présence d'un épithélioma malpighien métatypique mixte.

Le traitement appliqué consiste en la mise en place de 2 tubes de 2 mgr radium-élément, filtrés sur 2 mm. de platine. Application de dix jours; puis, après deux jours de repos, nouvelle application de six jours. La malade est revue le 13 mars 1930: vagin infundibuliforme, se terminant par une cicatrice punctiforme, ensemble très souple. L'état général est excellent et la malade reprend son travail comme par le passé.

Le 29 novembre 1934, soit près de cinq ans après le traitement par le radium, la malade se présente à la consultation du C.A.C.

Depuis quelques mois, elle se plaint de douleurs lombaires et abdominales. Son état général a décliné. Elle a beaucoup maigri mais ne présente aucune perte. A l'examen on trouve une volumineuse tumeur abdominale, dure, allongée de haut en bas, atteignant l'ombilic. Le toucher vaginal, très gêné par l'atrésie cicatricielle, donne moins de renseignements que le toucher rectal. Par celui-ci on atteint le pôle inférieur de la tumeur qui est assez molle, souple. Dans son ensemble,

la tumeur est mobile mais lorsque on la déplace vers le haut on attire le fond du vagin.

La malade est envoyée dans le service du Professeur Massabuau, où une intervention est décidée et pratiquée sous anesthésie générale, à l'éther, le 17 décembre 1934.

Incision sous-ombilicale médiale. On tombe sur un gros utérus rénitent, dont le pôle inférieur bombe le Douglas. L'extériorisation est assez difficile et se fait à la main, afin de ne pas perforer la poche. Pincement et section bilatérale des pédicules utéro-ovariens et des ligaments ronds. Incision de péritoine vésical, refoulement de la vessie. Pincement des utérines. Section transversale, portant sur le vagin, au-dessous de la zone cicatricielle. Au cours de ces manœuvres, la poche est déchirée; des compresses défendent la grande cavité péritonéale; drainage de Mickulicz.

Les deux premiers jours se passent à peu près normalement. La température reste aux environs de 38°. Mais la quantité d'urine émise devient de plus en plus insuffisante, le taux de l'azotémie s'élève et la malade devait succomber cinq jours après l'intervention.

La pièce opératoire formait une vaste poche comprenant une partie supérieure utérine, une partie inférieure vaginale, séparées par un étranglement léger répondant au col. Les annexes étaient saines. La paroi interne était ulcérée, déchiquetée et, en plusieurs points, montrait des bourgeons indurés de nature néoplasique.

Il s'agissait donc d'un pyométrocolpos par sténose vaginale post-curiéthérapique, avec récurrence cancéreuse.

Voici d'ailleurs le résultat des examens histologiques de plusieurs fragments, examinés par M. le Docteur Guibert, qui a bien voulu nous les communiquer :

L'examen histologique a porté sur plusieurs fragments prélevés en différents points de l'utérus.

- I. — Au niveau de la face antérieure;
- II. — Au niveau de la face postérieure;
- III. — Au niveau du col (museau de tanche et portion endo-cervicale);
- IV. — Au niveau de la paroi antérieure de la poche vaginale.

Les fragments I et II montrent une même structure histologique: il s'agit d'un *épithélioma malpighien spino-cellulaire*, très riche en formations épidermiques kératosiques et parakératosiques; cette néoplasie est douée d'une très grande activité mitotique et amitotique et présente de nombreuses figures de division indirecte atypiques.

Les faisceaux musculaires dissociés par les cellules cancéreuses sont profondément altérés dans leur structure: on les voit souvent en état de nécrobiose très avancée.

A noter le petit nombre d'éléments lympho-histiocytaires réactionnels.

III. — L'étude histologique minutieuse du revêtement malpighien, à partir du museau de tanche en se dirigeant vers l'isthme de l'utérus, montre que l'on a affaire manifestement à une prolifération cellulaire anarchique et désordonnée. Elle donne naissance à des travées de cellules épithéliales qui infiltrant les faisceaux conjonctivo-musculaires sous-jacents à la muqueuse; c'est la structure de l'*épithélioma métatypique* qui y domine.

IV. — La face interne de cette poche paraissait, macroscopiquement, revêtue par un épithélium épidermoïde tant elle avait un aspect chagriné et ridé. Le microscope a montré au contraire qu'elle était dépourvue d'épithélium et qu'à son lieu et place se trouvait une zone détritique, particulièrement riche en globules blancs polynucléaires et en pyocytes.

La couche moyenne est formée de faisceaux conjonctivo-musculaires qui sont comme dissociés par de nombreux éléments réactionnels.

Parmi ceux-ci, les lymphocytes et les histiocytes dominent; cela n'est pas pour nous étonner du reste, car l'on sait que ce sont ces éléments qui sont à la base du processus de fibrillogénèse cicatricielle que nous observons au niveau de cette paroi vaginale. Il est à noter d'ailleurs que les faisceaux collagènes sont peu importants et ne se substituent pas aux faisceaux musculaires: ceux-ci sont nettement différenciés et de structure normale.

La couche externe, elle aussi conjonctivo-musculaire, se confond insensiblement avec les couches tissulaires de même nature d'alentour.

En résumé, le corps et le col^utérin sont le siège de nombreux foyers cancéreux, primitifs au niveau du col, secondaires au niveau du corps (épithélioma malpighien spino-cellulaire).

La poche vaginale résulte d'un processus de sténose cicatricielle dont l'histogénèse reproduit exactement celle que l'on a coutume d'observer au cours de l'inflammation aiguë à la période de cicatrisation.

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Les pyométries secondaires aux sténoses cervico-vaginales après curiethérapie ne sont pas très fréquentes:

Bégouin en a observé trois cas sur 116 cancers traités; Dueuing, Guilhem et Gouzy huit cas sur 751.

La pyométrie est une rétention purulente intra-utérine, complète ou intermittente et provoquant une distension de l'organe. Trois éléments participent à sa formation:

1° *La sécrétion de liquide:*

a) Il peut venir des glandes fundiques, non détruites par un traitement exclusivement cervical, le plus souvent parce que l'étendue des lésions empêchait l'accès de la cavité utérine;

b) Il peut venir d'une métrite infectieuse; au cours du cancer du col, l'infection est constante; elle est encore exaltée par les manœuvres du traitement;

c) Le plus souvent, enfin, c'est une récurrence cervicale; les débris sphacelés s'accumulent dans la cavité utérine, au-dessus de la sténose. Pour Bégouin, c'est là l'élément dominant et il en est ainsi dans la plupart des cas; le nôtre n'a pas échappé à la règle. Dans celui que relate Bortini, il s'agissait non d'une récurrence mais d'un nouveau cancer, celui-ci adéno-carcinome, développé deux ans après la guérison d'un épithélioma du col. Mais dans le cas de Bonnet on ne retrouvait plus trace du cancer traité un mois auparavant.

2° *La sténose:*

Nous avons vu les modalités de sa production.

3° *La distension utérine:*

Parfois, la pyométrie est ouverte et malgré cela l'utérus se laisse distendre. Les pyomètres, en dehors de la curiethérapie, surviennent presque toujours chez des femmes âgées, à la faveur de la dégénérescence et de l'atonie des parois. Les radiations, dans certains cas, altérant la structure musculaire, peuvent causer un semblable état anatomique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1° *La sténose:*

Le plus souvent, elle est cervicale ; mais elle peut être vaginale, comme dans notre cas ; on n'a plus alors un pyomètre pur mais un pyométrocolpos. A son niveau on trouve le tissu scléreux et fréquemment aussi des bourgeons néoplasiques.

2° *L'utérus:*

La paroi est épaissie et flasque ; la muqueuse est ulcérée, sanieuse, gangrénée.

3° *Le contenu de la poche:*

C'est du pus fétide, parfois franc, jaune, le plus souvent rougeâtre, contenant des débris sphacelés. Chez notre malade, il y en avait un bon demi-litre ; cette quantité est rarement atteinte.

4° *Les lésions associées:*

L'inflammation se propage facilement au péritoine et aux annexes, compliquant d'autant l'intervention. Dans notre cas, l'infection était assez atténuée, comme en témoignait l'absence de fièvre. Les annexes étaient normales, il n'y avait pas d'adhérences péritonéales.

ETUDE CLINIQUE

Date d'apparition:

Si dans le cas de Bonnet le début 25 jours après le traitement est précoce, le nôtre nous paraît être le plus tardif de ceux qui ont été publiés; le traitement par le radium est pratiqué en janvier 1930 et le début des malaises ressentis par la malade peut être approximativement placé en été 1933, soit trois ans et demi après.

Selon le degré de la sténose:

a) Pyométrie ouverte:

Le début est insidieux par des douleurs lombaires, de la pesanteur génitale, un peu de fièvre.

Deux éléments fonctionnels:

Les écoulements qui sont intermittents, souvent à l'occasion des efforts;

Les douleurs inconstantes qui prennent surtout le type de coliques utérines expulsives, calmées par les débâcles purulentes.

L'état général décline et la fièvre s'allume, décrivant de grandes oscillations.

L'examen montre un gros utérus, dur, douloureux, rénitent; l'hystérométrie détermine un écoulement assez important.

b) Pyométrie fermée:

Ici, pas de débâcle purulente, pas de tranchées utérines, mais des douleurs sourdes, continues, sous forme de pesanteurs. L'état général est souvent plus gravement atteint. L'hystérométrie est impossible.

EVOLUTION

Elle peut être interrompue par des complications infectieuses; la rupture utérine, suivie de péritonite généralisée, est absolument exceptionnelle; plus fréquentes sont les phlébites, les pelvipéritonites, les pyosalpinx.

DIAGNOSTIC

Lorsque les signes sont nets, que l'utérus est volumineux, que l'on connaît le traitement antérieurement suivi, le diagnostic est facile. Citons, pour mémoire, des affections qui pourraient donner le change lorsque certain symptôme est prédominant.

En présence d'un gros utérus, il faudra éliminer une récurrence (récurrence locale, propagation aux paramètres, au corps utérin), une tumeur annexielle, un fibrome (indolore et plus ferme).

Devant des signes généraux inexplicables, l'examen local différenciera un pyomètre d'une phlébite pelvienne, d'une pyonéphrose relativement fréquente dans les cancers du col.

Enfin, il ne faudra pas confondre l'écoulement d'un pyomètre non fermé avec celui d'une endométrite post-curiethérapique sans rétention, qui est peu douloureuse et évolue rapidement vers la guérison.

TRAITEMENT

Les moyens médicaux: vaccins, médicaments chimiques anti-infectieux, seront toujours de mise, mais ils ne suffiront pas.

Lorsque le *pyomètre* est ouvert, la conduite à tenir est relativement simple. Il faut dilater. Pour cela, les lamineuses sont complètement à rejeter; leur action aveugle risquerait de causer des complications infectieuses. C'est aux bougies de Hégar qu'il faut recourir en agissant avec prudence et progressivement. La dilatation est suivie par un drainage. Chaque jour, on fera de larges irrigations par le permanganate de potasse à 1 p. 1000, la solution iodo-iodurée.

En cas d'échec, le curettage est recommandé par certains, mais il nous paraît bien dangereux, en raison de la fragilité de la paroi utérine.

Mouchotte et Condamin ont employé le radium en applications intra-utérines pour combattre des *pyomètres* le plus souvent d'origine cancéreuse. Dans les cas qui nous occupent, les indications nous en paraissent bien rares, car si un *pyomètre* s'est développé à la suite d'une application de radium, c'est que le plus souvent le cathétérisme était impossible, et les conditions n'ont pas dû s'améliorer depuis l'apparition du *pyomètre*.

Bonnet, dans un cas où le drainage, suivi de lavages, était resté sans résultat, pratiqua une hystérectomie totale qui fut couronnée de succès.

Dans le cas de *pyomètre fermé*, ponction et incision sont des moyens aveugles et à rejeter. L'hystérectomie par voie vaginale est le plus souvent impossible: vagin étroit, utérus gros et fragile, lésions inflammatoires péri-utérines difficiles à préciser avant l'intervention. C'est donc la voie haute qu'il faudra choisir comme la moins dangereuse. Les conditions anatomiques guideront le chirurgien qui, tantôt, fera hystérectomie fundique, comme le recommande Ducuing, parfois une sub-

totale ou une totale. Les interventions sont délicates, difficiles, dangereuses; l'utérus est mou, friable et il faudra bien se garder de le saisir avec des pinces.

Trop souvent on ne pourra rien faire de bien efficace, d'ailleurs, le pyomètre est sous la dépendance d'une récurrence du cancer et c'est cette récurrence qui reste encore l'élément de pronostic le plus sombre.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT PRÉVENTIF DES STENOSES CERVICO-VAGINALES

Une sténose cervico-utérine non compliquée ne demande aucun traitement.

Dans le chapitre précédent, nous avons vu quelle était la conduite à tenir dans le cas de sténoses compliquées, qu'il s'agisse de dystocie ou de pyomètre, mais prévenir vaut mieux que guérir et nous devrons, dans la mesure du possible, éviter les sténoses des voies génitales lorsque nous utiliserons le radium à leur niveau.

Lorsqu'il ne s'agit pas de cancer, et en dehors de la période juxtaménopausique, le radium ne sera utilisé que de façon tout à fait exceptionnelle. Si cependant nous avons eu à placer du radium dans le canal cervical d'une femme susceptible de devenir enceinte ultérieurement, dans les mois qui suivront, nous ferons la dilatation systématique du col à l'aide de bougies de Hégar. Pour l'application même, le radium sera toujours très filtré et les doses faibles. Il faut, en effet, frapper très peu ou très fort. Dans le premier cas, l'intégrité des voies génitales sera respectée et la dystocie peu à craindre; dans le second cas, nous chercherons à atteindre une ménopause anticipée et à détruire fonctionnellement l'utérus.

C'est ce but que nous aurons toujours en vue lorsque nous traiterons un cancer utérin. Il ne faut rien laisser qui puisse être une source de complications au-dessus d'une sténose que nous ne pourrions pas toujours éviter.

Etant donné le rôle prédisposant que joue l'infection, la préparation des malades sera très soignée. Au cours de l'irradiation, les foyers radifères fortement filtrés devront être judicieusement répartis, jusque dans le fond de la cavité utérine.

La radiothérapie profonde sera un complément très efficace.

Dans les jours qui suivront l'application, grands lavages vaginaux aux valves, afin d'éviter la coalescence des parois vaginales désépidermisées. La dilatation aux bougies de Hégar ne nous paraît guère avoir d'utilité, car, ou bien le cathétérisme est impossible, ou bien il a été possible et les radiations portant jusqu'au fond de la cavité utérine, nous met suffisamment à l'abri d'un pyomètre éventuel.

Par contre, ce nouveau traumatisme infligé à des tissus toujours infectés ne nous paraît pas dépourvu de danger.

Gentil, de Lisbonne, a proposé la diathermie gynécologique systématique après traitement de radium et cela pour éviter justement les scléroses rétractiles du vagin. Le traitement est à appliquer dès le huitième jour après la fin de la curiethérapie. On fait une séance de vingt minutes tous les deux jours. L'appareillage comporte une canule vaginale métallique et deux plaques, l'une dorsale, l'autre centrale. La température est réglée sur les sensations de la malade, elle ne doit pas

dépasser 40°; un contrôleur gynécologique de Benda en permet la mesure.

Sur 45 malades qu'il a traitées, Gentil aurait eu 42 excellents résultats. Parmi les trois autres malades, deux avaient été traitées trop tardivement et une présentait des lésions néoplasiques très étendues au niveau du vagin.

Un traitement aussi simple mérite d'être généralisé, il permettra souvent d'éviter ces sténoses cervico-vaginales, généralement anodines mais qui, parfois aussi, sont la source de graves complications.

BIBLIOGRAPHIE

- BÉGOUIN. — Pyométrie et cancer du col. *Bull. Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, mai 1928, p. 518-519.
- BELLE (J.). — Néoplasme du col et grossesse. *Journal des Sciences médicales de Lille*, 31 janvier 1932.
- BONNET (P.). — Pyométrie secondaire à la curiethérapie du cancer du col. *Lyon Chirurgical*, t. xxv, n° 6, nov.-déc. 1928, p. 696-699.
- BORTINI (E.). — Hydrométrie et adrésie cervicale et vaginale consécutive à une application de radium pour carcénome du col avec développement tardif d'un adéno-carcénome du corps et de fibromyome de l'utérus. *Ann. Ost. e Gin. Milan*, n° 11, 1929, p. 1333-1346.
- BROOKE-BLAUD (P.). — Pyometra following radiumtherapy for uterine cancer. *Amer. Journ. of Obst. and Gyn.*, Saint-Louis, avril 1929, n° 4, p. 528-536.
- CATHALA et MÉRAT. — Cancer du col de l'utérus gravide et curiethérapie. *Bulletin de la Soc. d'Obstétrique et Gynécologie de Paris*, 9 avril 1923, p. 109 à 114.
- CONDAMIN. — Pyométries traitées par curiethérapie. *Lyon Médical*, 1924.
- GENTIL (Lisbonne). — La diathermie gynécologique, moyen auxiliaire précieux de la curiethérapie utéro-vaginale. *Bulletin de l'Association Française pour l'Etude du Cancer*, tome xix, p. 510-512.
- GUILHEM et GOUZY. — Les pyométries après traitement des cancers du col par le radium. *Presse Médicale*, 13 fév. 1932, p. 242-245.

- GUYOT, JEANNENEY et VARRIN. — Pyométrie et hématométrie dans le cancer du col avant et après curiethérapie. *Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, mars 1928, p. 249-251.
- HARTMANN (Henri) et FABRE (Mme S.). — Grossesse. Cancer du col. Curieithérapie. Continuation de la grossesse. Enfants vivants. *Société d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 14 mai 1923, p. 167-168.
- MAQUART (Louis). — Contribution à l'étude des rétrécissements du vagin. Paris 1920.
- METZGER et LEGUEN. — Dystocie par rigidité du col après curiethérapie pour cancer. *Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, 14 mai 1923, p. 188-190.
- MOUCHOTTE. — La pyométrie des femmes âgées. *Revue française de Gyn. et d'Obst.* Paris 1924, XIX, 369-395.
- PROUST, PARAF et PALMER. — Hématométrie, suite d'adrésie cicatricielle du col après radiumthérapie. *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie*, 9 mars 1935, p. 237.
- REGAUD (Cl.). — Considérations sur la radiothérapie des cancers cervico-utérins d'après l'expérience et les résultats acquis à l'Institut de radium de Paris. *Archives de l'Institut du rad. de l'Univ. de Paris*, vol. III, fasc. 2, déc. 1934, p. 155.
- VARRIN (Ch.). — Etude de quelques modalités chimiques de pyométrie. Pyométrie et Curieithérapie. *Thèse Bordeaux*, 1927.
- VIGNES (Henri) et CORNIL (Lucien). — Dystocie par sténose cicatricielle du col, consécutive à une application intracervicale de radium. *Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, 14 mai 1923, p. 190-197.
- VIOLET. — Sténose du col utérin consécutive à la radiumthérapie. *Soc. Nat. de Méd. et des Sciences Méd. de Lyon*, 17 nov. 1929.
-

S E R M E N T



En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de
tour, j'ai lu la thèse ayant pour
titre:

**Contribution à l'étude des sté-
noses vaginales consécutives à
la curiethérapie en particulier
pour cancer du col.**

par M. DOSSA (Goulam)

Je pense que la Faculté peut
en permettre l'impression.

**Le Professeur,
MASSABUAU.**

Montpellier, le 19 juillet 1935.

Vu:

Pour le Doyen,

Montpellier, le 19 juillet 1935.

Le Professeur délégué,
GRYNFELTT.

Vu et permis d'imprimer:

Montpellier, le 19 juillet 1935.

Le Recteur:

TAILLIART.

